

## Simplified Psoriasis Index

วันที่

(สำหรับกรอกข้อมูลโดยผู้ป่วยเอง)

ชื่อ-นามสกุล

เพศ

ขอบคุณทุกท่านที่ช่วยตอบแบบสอบถามซึ่งจะสามารถทำให้เราเข้าใจท่านและผื่นสะเก็ดเงินของท่านได้มากขึ้น ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการกรอกแบบสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลที่อยู่ใกล้ๆท่านได้ แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ซึ่งจะบอกเกี่ยวกับความรุนแรงของผื่นและผลกระทบจากโรคสะเก็ดเงินของท่านในวันนี้ รวมถึงความเป็นมาและการรักษาผื่นสะเก็ดเงินของท่านในอดีต

**ส่วนที่ 1A** กรุณาวางกลมล้อมรอบสัญลักษณ์ที่ให้ความใกล้เคียงกับการกระจายของผื่นสะเก็ดเงินในแต่ละส่วนของร่างกายท่านมากที่สุด

0 ± **+**

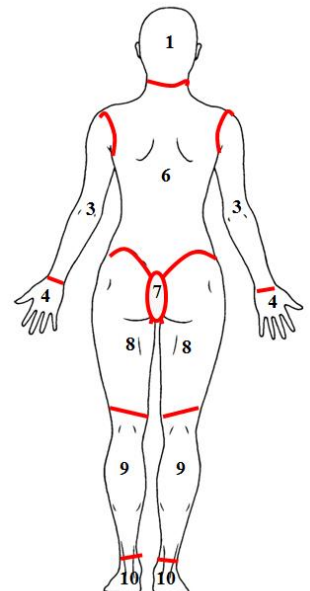
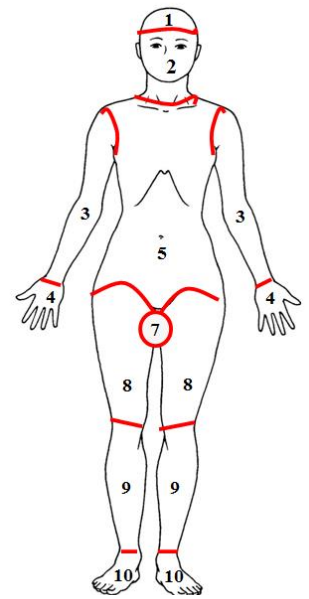
<b>0</b>	ไม่มีผื่นหรือมีผื่นเล็กน้อยมากจนไม่รบกวนท่าน (0 คะแนน)
<b>±</b>	ผื่นเห็นเด่นชัดแต่ยังเหลือพื้นที่ผิวหนังปกติจำนวนมาก (0.5 คะแนน)
<b>+</b>	ผื่นกระจายเป็นบริเวณกว้างของตำแหน่งนั้นของร่างกาย (1 คะแนน)

		0	1/2	1
<b>1</b>	หนังศีรษะและไรผม	0	±	+
<b>2</b>	หน้า คอ และ หู	0	±	+
<b>3</b>	แขน และ รักแร้	0	±	+
<b>4</b>	มือ นิ้วมือ เล็บมือ*	0	±	+
<b>5</b>	หน้าอก และ ท้อง	0	±	+
<b>6</b>	หลัง และ ไหล่ 2 ข้าง	0	±	+
<b>7</b>	บริเวณอวัยวะเพศ และ/หรือ รอบๆทวารหนัก	0	±	+
<b>8</b>	ก้น และ ต้นขา 2 ข้าง	0	±	+
<b>9</b>	หัวเข่า 2 ข้าง ขาส่วนล่าง 2 ข้าง และ ตาตุ่ม 2 ข้าง	0	±	+
<b>10</b>	เท้า นิ้วเท้า และเล็บเท้า*	0	±	+

\* กรณีที่เล็บมือและเล็บเท้า ถึงแม้ว่าท่านจะไม่มีผื่นที่มือหรือเท้าเลย โปรดเลือกเครื่องหมาย ± ถ้าท่านมีเล็บผิดปกติสะเก็ดเงิน  $\geq 2$  เล็บ หรือ เครื่องหมาย + ถ้าท่านมีเล็บผิดปกติสะเก็ดเงิน  $\geq 6$  เล็บ

1A

คะแนนรวมทั้งหมดของการกระจายของผื่น: สูงสุด 10 คะแนน



1A X 1B

**ส่วนที่ 1B** กรุณาวางกลมล้อมรอบตัวเลือกที่มีความใกล้เคียงกับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินของท่านในวันนี้มากที่สุด โดยประเมินเฉลี่ยจากผื่นสะเก็ดเงินทั้งหมดในร่างกาย (ไม่ใช่จากส่วนที่แย่ที่สุด ของร่างกาย)

<b>0</b>	ไม่มีผื่น / หรือมีรอยแดงจางๆ / หรือเหลือเป็นรอยดำเท่านั้น
<b>1</b>	ผื่นแดงไม่เด่นชัด และ/หรือมีสะเก็ดที่ต้องคลำจึงรู้สึกว่ามีผื่นหนา
<b>2</b>	ผื่นแดงชัด มีสะเก็ดหรือผื่นหนา
<b>3</b>	รุนแรงปานกลาง คือ ผื่นแดงชัดมาก มีสะเก็ดหรือผื่นหนา
<b>4</b>	ผื่นแดงชัดมาก มีสะเก็ดหนาหรือผื่นหนามาก
<b>5</b>	ผิวหนังมีการอักเสบแดงมาก โดยที่อาจจะไม่มีหรือไม่มีตุ่มหนองก็ได้

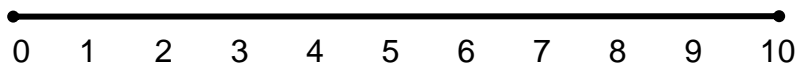
คะแนนความรุนแรงของผื่น: สูงสุด 5 คะแนน

1B

คะแนนความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินวันนี้ = 1A x 1B (S สูงสุด 50)

**ส่วนที่ 2 (SPI-p)** ผื่นสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของท่านมากน้อยเพียงใดในวันนี้ ?

โดยให้ท่านทำเครื่องหมายบนเส้นเหนือตัวเลขที่ต้องการตอบ



- คำแนะนำ**
- 0 = ผื่นสะเก็ดเงินของฉันทันที **ไม่มีผลกระทบ** กับชีวิตประจำวันของฉันทันทีเลย
  - 5 = ผื่นสะเก็ดเงินของฉันทันทีมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของฉันทันที **ค่อนข้างมาก**
  - 10 = ผื่นสะเก็ดเงินของฉันทันทีมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของฉันทันทีอย่าง **มากที่สุด**

**ส่วนที่ 3 (SPI-i)** ส่วนนี้เป็นการสรุปประวัติโรคสะเก็ดเงินของท่านและการรักษาที่ท่านเคยได้รับ ถ้าข้อมูลดังกล่าวจากการตรวจรักษาครั้งก่อนไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมให้ใส่คะแนนเดิมที่เคยใส่จากการตรวจรักษาครั้งก่อนในช่องส่วนที่ 3

เกี่ยวกับผื่นสะเก็ดเงินของท่าน	ใส่ 1 คะแนนในข้อความที่เป็นจริง	คะแนนเต็ม 4 คะแนน
ท่านเป็นโรคสะเก็ดเงินมานานอย่างน้อย 10 ปี		
ท่านเริ่มเป็นโรคสะเก็ดเงินก่อนอายุ 10 ปี และ/หรือ ท่านเป็นโรคสะเก็ดเงินมานานกว่า 20 ปี		
ท่านเคยมีผื่นผิวหนังสะเก็ดเงินชนิดอักเสบแดงทั่วตัว (erythrodermic) หรือตุ่มหนองทั่วตัว (pustular)		
ท่านได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์อายุรกรรมระบบข้อไขข้อว่าเป็นโรคข้ออักเสบสะเก็ดเงิน		
เกี่ยวกับประวัติการรักษาโรคสะเก็ดเงินของท่าน	ใส่คะแนนเต็ม 6 คะแนน	
การรักษาโรคสะเก็ดเงินด้วยวิธีต่าง ๆ (ไม่รวมการรักษาด้วยยาทา) ที่ท่านเคยได้รับ		
การฉายแสงอาทิตย์เทียม (UVB และ/หรือ PUVA)	คะแนนเต็ม 1 คะแนน	
ยาที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (1 คะแนนสำหรับยาแต่ละชนิด)	คะแนนเต็ม 5 คะแนน	

สรุปประวัติยาที่ออกฤทธิ์ทั่วร่างกายที่ท่านเคยได้รับ (จะตอบหรือไม่ตอบก็ได้) \*

ใส่เครื่องหมายในช่อง  หน้าการรักษาที่ท่านเคยได้รับทั้งหมดจนถึงปัจจุบัน ถ้าการรักษานั้นไม่ได้อยู่ในรายการด้านล่างให้เขียนเพิ่มในแต่ละช่องที่ว่างไว้ รายการการรักษาอาจมีการปรับเปลี่ยนตามการรักษาในแต่ละแห่งหรือเมื่อมีการรักษาใหม่เกิดขึ้น

<input type="checkbox"/> Acitretin	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Methotrexate	<input type="checkbox"/> Infliximab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ciclosporin	<input type="checkbox"/> Secukinumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> Ustekinumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**กรุณาใส่คะแนนรวมของแต่ละส่วน (saSPI)**

ใส่คะแนนที่ได้จากบนเส้นเป็นจำนวนเต็มที่ใกล้เคียงมากที่สุด

ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้ใส่คะแนนเดิมที่ได้จากการตรวจครั้งก่อน

ส่วนที่ 1 S

SEVERITY (0-50)

ส่วนที่ 2 P

PSYCHOSOCIAL (0-10)

ส่วนที่ 3 I

INTERVENTIONS (0-10)